

**Roxana Pleșa**

# **PSIHOLOGIE SOCIALĂ CLINICĂ ȘI PSIHOLOGIE MEDICALĂ**

Concepte, teorii, modele

**Presa Universitară Clujeană**

**ROXANA PLEȘA**

**PSIHOLOGIE SOCIALĂ CLINICĂ  
ȘI PSIHOLOGIE MEDICALĂ**

**PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ**

**2017**

***Referenți științifici:***

**Prof. univ. dr. Ștefan Buzărnescu**

**Prof. univ. dr. Mihai Pascaru**

**ISBN 978-606-37-0181-8**

© 2017 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.  
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice  
mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește  
conform legii.

**Tehnoredactare computerizată: Cristian-Marius Nuna**

**Universitatea Babeș-Bolyai**

**Presa Universitară Clujeană**

**Director: Codruța Săcelean**

**Str. Hasdeu nr. 51**

**400371 Cluj-Napoca, România**

**Tel./fax: (+40)-264-597.401**

**E-mail: [editura@editura.ubbcluj.ro](mailto:editura@editura.ubbcluj.ro)**

**<http://www.editura.ubbcluj.ro/>**

## CUPRINS

<i>Argument</i> .....	9
-----------------------	---

### CAPITOLUL 1.

PERSONĂ ȘI PERSONALITATE .....	11
--------------------------------	----

1.1. Relații între psihologia socială – psihologia clinică – psihologia medicală .....	11
1.2. Limitele normalității .....	12
1.2.1. Normalitate și anormalitate .....	12
1.2.2. Sănătatea și boala .....	14
1.3. Sinele și ipostazele sale .....	17
1.3.1. Persoana, sinele și imaginea de sine .....	17
1.3.2. Motivația și performanța sinelui .....	24
1.3.3. Nivelul de aspirație în activitatea persoanei .....	27
1.4. Cunoașterea de sine și cunoașterea celorlalți .....	31
1.4.1. Cunoașterea de sine .....	31
1.4.2. Cunoașterea celorlalți (percepția socială) .....	32
1.5. Atribuirea .....	36
1.5.1. Definirea atribuirii .....	36
1.5.2. Actori și observatori .....	37

### CAPITOLUL 2.

#### APLICABILITATEA TEORIILOR PSIHOSOCIALE

ÎN DOMENIUL CLINIC .....	39
--------------------------	----

2.1. Autodeterminarea .....	39
2.1.1. Autodeterminarea ca psihologie a organismului activ ....	39
2.1.2. Rolul autodeterminării în îmbunătățirea sănătății fizice și a sănătății psihice .....	40
2.2. Teoria discrepanțelor sinelui .....	41
2.2.1. Cum se explică apariția și dezvoltarea discrepanțelor sinelui .....	41
2.2.2. Cum pot fi ameliorate discrepanțele sinelui .....	43

2.3. Teoria neajutorării învățate .....	44
2.3.1. Teoria inițială a neajutorării învățate .....	44
2.3.2. Legătura dintre neajutorarea învățată și depresie .....	45
2.3.3. Strategii de reziliență .....	46
2.4. Teoria atașamentului .....	47
2.4.1. Sistemul comportamental de atașament .....	47
2.4.2. Infrastructura psihologică a sistemului comportamental de atașament .....	49
2.5. Teoria sociometrică a stimei de sine .....	51
2.5.1. Ce este stima de sine? .....	51
2.5.2. Teoria sociometrică asupra stimei de sine .....	53
2.5.3. Stima de sine – indicator al funcționării mecanismului sociometric .....	54
2.5.4. Stima de sine – indicator evaluativ al relațiilor interpersonale .....	55

### CAPITOLUL 3.

#### FACTORII CARE SUSȚIN SĂNĂTATEA PSIHLOGICĂ .. 57

3.1. Emoțiile pozitive .....	57
3.1.1. Rolul „pozitiv” al emoțiilor pozitive .....	57
3.1.2. Emoțiile pozitive protejează sănătatea mentală .....	58
3.2. Reglarea emoțională .....	58
3.2.1. Emoțiile și reglarea lor .....	58
3.2.2. Suprimarea emoțiilor .....	59
3.3. Suportul social .....	60
3.3.1. Conceptul de suport social .....	60
3.3.2. Suportul social ca strategie de coping în situații de stres .....	60
3.3.3. Suportul social și sănătatea .....	61
3.4. Iertarea .....	61
3.4.1. Ce este iertarea? .....	61
3.4.2. Stiluri personale sau stadii ale iertării .....	62
3.4.3. Perspectiva stres-coping asupra iertării .....	63

## CAPITOLUL 4.

### CONSILIEREA PE PROBLEME DE COMPORTAMENT

SANOGEN .....	65
4.1. Reducerea factorilor de risc prin psihoeducație .....	65
4.2. Reducerea factorilor de risc prin terapie individuală. Cuplul terapeutic .....	67
4.3. Reducerea factorilor de risc prin terapii comportamentale și cognitive .....	68

## CAPITOLUL 5.

STRATEGII TERAPEUTICE ȘI CONTEXT SOCIAL .....	69
5.1. Complanța și constrângerea terapeutică .....	69
5.1.1. Complanța sau concordanța terapeutică .....	69
5.1.2. Persuasiunea, manipularea și recompensa .....	70
5.2. Audezvăluirea în psihoterapie .....	71
5.2.1. Autodezvăluirea și intimitatea .....	71
5.2.2. Beneficii ale autodezvăluirii .....	73
5.3. Schimbare de atitudine și psihoterapie .....	74
5.3.1. Schimbarea atitudinală în context psihoterapeutic .....	74
5.3.2. Rezistența la schimbare .....	76
5.4. Elemente de terapie cognitiv-comportamentală .....	77
5.4.1. Tehnici cognitiv-comportamentale autoadministrate (self-help) .....	77
5.4.2. Tehnici cognitiv-comportamentale de grup/în grup .....	78
5.4.3. Promovarea sănătății .....	79
5.5. Noțiuni de psihoterapie morală .....	80
Bibliografie .....	83

## *Argument*

Psihologia socială și psihologia clinică sunt domenii interconectate: pe de o parte, numeroase disfuncții psihologice sunt generate în cadrul acțiunilor sociale cotidiene, iar pe de altă parte, eficiența intervențiilor terapeutice depinde în mare măsură de cunoașterea dinamicilor psihosociale prezente în spațiul clinic.

Psihologia socială clinică se justifică prin năzuința psihologilor clinicieni și a specialiștilor în consiliere spre eficiență și rigurozitate și prin relevanța teoriilor și conceptelor din psihologia socială pentru domeniul intervențiilor clinice.

Psihologia medicală este un domeniu de interferență a două mari practici care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și boală.

Momentul actual este cel al unei recuperări a unei dimensiuni fundamentale a practicii medicale, și anume, dimensiunea psihologică, dimensiune fără de care relația medic-pacient ar fi mereu incompletă, iar comunicarea ar fi distorsionată sau insuficientă.

Psihologia medicală este partea cea mai subtilă a artei terapeutice, este cea care va da prilej de imagine și analiză, dar și de autodezvoltare oricărui specialist. Psihologia oferă medicului și psihologului un adevărat tablou axiologic cu ajutorul căruia să-și poată evalua demersul terapeutic. Ea oferă și explicațiile unor atitudini și comportamente patogene, dar chiar și complexul multifactorial care generează boala, și care limitează ființa umană în libertatea de mișcare, de acțiune și de a se bucura de viață.

Propunând o abordare integrativă a conceptului de sănătate psihologică, volumul propune cinci părți în care sunt expuse pe larg noțiuni despre cunoașterea de sine, problemele emoționale în viața cotidiană, cauzele comportamentului disfuncțional, factorii care susțin sănătatea psihologică, rolul dinamicilor interpersonale în adaptare și terapie, procesele de schimbare psihologică, dar și strategiile terapeutice în context social.



# CAPITOLUL 1

## PERSOANĂ ȘI PERSONALITATE

### 1.1. Relații între psihologia socială – psihologia clinică – psihologia medicală

Obiectul de studiu al psihologiei medicale cuprinde o zonă de interferență între medicină, psihologie și societate, fiind centrată pe „răsunetul subiectiv al bolii și tratamentului”.

Pornind de la definiția *psihologiei medicale*, potrivit căreia aceasta este o ramură a psihologiei generale, aplicată în studiul aspectelor psihosociale care însoțesc actul medical în toate etapele sale, având scopul de a reda sănătatea persoanei și de a o reinserta în mediul social și familial (Cosman, 2010, p.21), relațiile între cele trei științe sunt clare.

Într-un raport al The British Psychological Society (Huber, 1992 apud Coman, 2010, p.23), se specifică: psihologia medicală se ocupă de studiul funcțiilor psihice elementare, al psihologiei sociale, al psihologiei dezvoltării și diferențelor individuale.

Metodele utilizate în câmpul de studiu al psihologiei medicale trebuie alese în funcție de caracteristicile situației medicale, în funcție de factorii care intervin în tipul de relații ce se stabilesc în cursul procesului terapeutic. Dat fiind faptul că obiectul specific al psihologiei rezidă în studiul comunicării interumane, metodologia psihologiei medicale va fi, la rândul ei, axată pe studiul conținutului comunicării interumane, pe studiul comportamentului și atitudinilor

care susțin comunicarea, pe studiul încărcăturii afective care este vehiculată în comunicarea interumană.

Prin urmare, sfera de aplicare a psihologiei medicale cuprinde și domeniul de funcționare a psihologiei clinice și este axată pe stidiul comunicării interumane – element esențial al psihologiei sociale.

Psihologia clinică utilizează principiile psihologiei pentru a înțelege, anticipa, ameliora aspectele emoționale, intelectuale, psiho-sociale, comportamentale ale funcționării umane. Ea este o „aplicație” particulară a psihologiei în domeniul problemelor emoționale și comportamentale.

## **1.2. Limitele normalității**

### **1.2.1. Normalitate și anormalitate**

*Normalitatea*, în calitate de concept de maximă generalitate utilizat mai frecvent în psihologie decât în medicină, este definit ca „un echilibru funcțional complex și dinamic, într-un ansamblu de interferențe și interdependențe active cu ambianța”. (Saragea, 1985 apud Cosman, 2010, p.37).

Acest echilibru, la care se ajunge prin colaborarea armonioasă a diferitelor sisteme din organism, se realizează pe baza resurselor adaptative și a mecanismelor compensatoare ale organismului.

Adaptarea, potrivit lui Cosman (2010, p.37), este un proces dinamic ce implică mecanismele și modificările structurale, funcționale, fiziologice și comportamentale prin care organismul își menține echilibrul funcțiilor în condițiile unor variațiuni ale factorilor de mediu. În opoziție, anormalitatea împiedică subiectul să se adapteze adecvat la solicitările sociale și ocupaționale zilnice.

Prin urmare, adaptarea se realizează prin (Cosman, 2010, p.38):

- rezervele funcționale ale organismului;
- particularitățile reactive individuale, care prezintă variații inter-individuale și de moment, întrucât există un punct „normal” al fiecărui organism pentru un anumit moment dat.

*Anormalitatea* poate fi definită ca deviație de la normal, abatere de la ceea ce este tipic. Anormalitatea poate produce suferință individului, în special în plan psihic și social. În psihologie și psihiatrie, definirea anormalității se bazează pe diagnosticul medical conform criteriilor standard ale tulburărilor psihice. (Cosman, 2010, p.40).

Modelul psihodinamic atribuie declanșarea conduitelor patologice unor factori psihologici din subconștient, a căror declanșare și întreținere sunt generate de conflictele intrapsihice și de mecanisme ineficiente de apărare ale Eului.

Modelul comportamental consideră că patologia psihică, conduitele adictive, actele delictuale sunt produsul învățării unor comportamente sociale dezadaptative.

În modelul fenomenologic, comportamentul anormal este rezultatul concepției personale despre viață și lume.

Concepția medicală consideră anormalitatea ca fiind generată de cauze biologice, chiar și în cazul unor manifestări psihopatologice din cadrul tulburărilor nevrotice.

O abordare integrativă e reprezentată de modelul stres-diateză, care subliniază interacțiunile dintre predispozițiile înnăscute, precum vulnerabilitatea personală, și evenimentele negative de viață.

Prin urmare, conceptul de anormalitate se poate referi la (Cosman, 2010, pp.41–42):

- boală ca deviere de la norma statistică – cuprinde tulburări sau comportamente aparte, atipice, care sunt considerate anormale conform standardelor societății;

- boală ca stres sau suferință – distresul resimțit de individ marchează, de multe ori, debutul sau perioada de dezvoltare a unei boli. Suferința subiectivă este factorul care declanșează căutarea ajutorului în sfera medicală;
- boală ca o dizabilitate – dificultățile rezultate din deteriorarea sau reducerea funcționării profesionale, sociale etc, au fost deseori considerate ca făcând parte din însăși definiția anormalității;
- boală ca deviere de la normele de conduită socială (delincvența, criminalitatea).

Normalitatea și anormalitatea sunt concepte ce nu se suprapun peste conceptele de sănătate și boală.

### 1.2.2. Sănătatea și boala

De la înființarea OMS, în anul 1948, când sănătatea a fost definită ca „o stare de bine psihic, somatic și social a individului”, s-a tins la conceptualizarea stării de sănătate ca proces activ, dinamic, cu o serie de determinanți biologici, psihologici, sociali, inclusiv stilul de viață, profesia, nutriția, igiena, factorii de mediu, accesul la serviciile de sănătate. Astfel, starea de sănătate e conceptualizată ca stare de echilibru subsumată termenului, mai general, de normalitate.

Trebuie menționat că termenul *sănătate* circumscris într-o oarecare măsură celui de normalitate, este un concept utilizat în special în domeniul medical, dar și în sociologie sau psihologie, însă la fel de dificil de definit din cauza numeroaselor domenii pe care le înglobează: domeniul sănătății fizice și funcționalității organelor și sistemelor, dar și cel al sănătății mintale și al sănătății sociale. (Bruchon-Schweitzer, 2002 apud Cosman, 2010, pp.43–44).

*Boala* reprezintă starea în care nu sunt întrunite criteriile de completă bunăstare fizică, psihică și socială. În esență, boala este

un proces anormal, în contextul căruia starea și funcționarea socială, somatică, emoțională sau intelectuală ale unui subiect sunt diminuate sau afectate, în comparație cu circumstanțele anterioare declanșării bolii.

Conotația termenului boală cuprinde și aspectele subiective, inclusiv perceperea de către persoana bolnavă a deviației de la starea de sănătate, nu doar pe cele somatice sau simptomatologice, rezultând astfel o abordare a pacientului ca întreg. (Coman, 2010, p.45). Bolile generează disconfort, disfuncție sau distress celor afectați sau celor care vin în contact cu aceștia. În context social, bolile sunt relaționate cu circumstanțele sociale, economice și de mediu, circumstanțe ce influențează bunăstarea individuală și colectivă.

Orice boală are o serie de caracteristici specifice (Saragea, 1985 apud Coman, 2010, p.45): cauzalitate proprie, mecanism patogenetic propriu, dinamică proprie și consecințe de ordin somatic, psihic, social.

## **Modele teoretice ale bolii și sănătății**

### **A. Modelul biomedical**

Acest model s-a dezvoltat în contextul descoperirilor din microbiologie și patologie celulară, descoperiri care au fundamentat noi domenii de cercetare științifică, în medicina secolului al XIX-lea.

Principalele postulate aflate la baza modelului biomedical sunt următoarele (Coman, 2010, p.51):

- Tulburările sau bolile sunt generate de una sau mai multe cauze identificabile;
- Agentul etiologic produce o afectare structurală sau funcțională, sub numele de patologie;
- Patologia conduce la stabilirea unui tipar identificabil de semne și simptome (sindroame);
- Boala are o anumită desfășurare temporală (istoricul natural);

- Cursul bolii poate fi întrerupt printr-un anumit tip de intervenție (terapie farmacologică).

Acest model teoretic abordează reduționist și liniar cauzalitatea proceselor patologice. El aduce în atenția clinicianului doar aspectul somatic concret, atribuind pacientului un rol pasiv.

## **B. Modelul biopsihosocial**

Engel a formulat un model holistic – ca alternativă la modelul biomedical – cuprinzând dimensiunea biologică, psihologică și socială a bolii, într-o perioadă în care știința în general abandona perspectiva analitică, reduționistă și ultraspecializată.

Acest model teoretic reprezintă o modalitate de conceptualizare a suferinței și a bolii, pe multiple niveluri de organizare – începând de la cel molecular și până la cel social.

Modelul biopsihosocial exprimă imposibilitatea de a separa experiențele subiective, biografia pacientului, trăirile relatate de acesta de suferința somatică, fundamentată pe observațiile lui Engel privind impactul emoțiilor asupra dezvoltării și fiziologiei organismului.

Un alt element subliniat de Engel este dimensiunea umană, atât a medicului, cât și a pacientului. Astfel, fenomenele psihice și sociale depind de planul somatic, iar interacțiunile complexe dintre acestea depind de persoanele implicate și de condițiile inițiale de prezentare, și nu de o ierarhie strictă somatic-psihic.

Bazându-se pe datele științifice disponibile în momentul dezvoltării sale, fără a se distanța complet de dualismul somatic-psihic, Engel a adus o perspectivă nouă în conceptualizarea proceselor patologice prin accentul plasat pe complexitatea interacțiunilor și pe componenta subiectivă a suferinței. (Coman, 2010, pp.52–53).

Deoarece problema complianței terapeutice și maniera de utilizare a serviciilor de sănătate au intrat în atenția cercetătorilor prin

relevanța practică pe care acestea o au, s-a observat că asumarea rolului de pacient și participarea bolnavului la demersul terapeutic depind de cunoștințele și de percepțiile acestuia despre boală, și nu doar de boala în sine. Astfel, pacientul informat (prin serviciile de sănătate, campaniile de presă, prin mass-media) va adopta un comportament sanogen, dacă cunoaște că boala poate fi evitată. Prin urmare, acesta are expectanțe pozitive privind consecințele comportamentului recomandat și crede că va putea adopta cu succes respectivul comportament.

### 1.3. Sinele și ipostazele sale

#### 1.3.1. Persoana, sinele și imaginea de sine

Principalul element constitutiv al oricărei structuri sociale „îl reprezintă *persoana*, înțeleasă ca *subsistem relațional bazal*, având o anumită identitate și poziție socială, cu drepturi, obligații și funcții specifice în cadrul sistemului social real”. (Cristea, 2002, p. 91). Așa cum observa și autorul citat, „la nivelul persoanei ca entitate psihosocială se realizează interacțiunea dinamică dintre individual și social, dintre procesele sau fenomenele psihice care stau la baza elaborării conduitelor și procesele psihosociale care condiționează forma și conținutul acestora”. (Cristea, 2002, p. 91).

##### 1.3.1.1. Sinele și identitatea

În literatura de specialitate conceptul de *sine (self)* s-a cristalizat ca reprezentând în esență „colecția de crezuri despre noi înșine” (Iluț, 2009, p. 315), altfel spus, imaginea pe care o avem despre propria persoană. Dar nu este vorba despre o percepție superficială și schimbătoare, ci despre concepția referitoare la sine, partea profundă și subtilă a personalității, fapt care presupune reflexivitate. Ca substantiv,

în limba română, termenul, cu acest din urmă înțeles, a fost folosit mai degrabă de filosofi și literați, în psihologie fiind utilizat ca echivalent al Id-ului psihianalist, care, ca sistem impulsional, reprezintă o parte importantă a personalității. În literatura de specialitate din țara noastră, substitutul sinelui din psihologia socială americană este „eul”. (Iluț, 2009, p. 315).

*Eul* îndeplinește numeroase funcții în cadrul personalității, Cristea (2002, pp. 114–115) amintind următoarele:

- sintetizează informațiile obținute în urma autopercepției și percepțiilor sociale într-un ansamblu de reprezentări, credințe și idei despre sine și despre lume, ceea ce conduce implicit la construirea imaginii de sine și a imaginii de altul;
- realizează distincția esențială eu–ceilalți / eu–lume;
- generează și focalizează conștiința de sine, ca o zonă centrală a câmpului conștiinței individuale și sociale;
- vectorizează câmpul existenței sociale, prin raportare la problematica sinelui (cine sunt, ce vreau, ce trebuie să fac, ce pot spera, spre ce tind);
- mediază și reglează sistemul atitudinal și acțional al subiectului, asigurând coerența și orientarea comportamentului spre scopuri definite în plan individual, familial și social;
- îndeplinește o complexă funcție motivațională, prin intermediul *eului ideal* – care configurează sistemul proiectiv al persoanei.

Sintetizând, Iluț (2009, p.315) afirmă că „sinele înglobează și rezultatele autoobservațiilor și autoanalizelor, fiind concomitent ca subiect și obiect al reflecțiilor despre calitățile personale, despre relațiile cu ceilalți, precum și despre locul și rostul său în lume”. De asemenea, „sinele inițiază și emană judecăți și acțiuni către ceilalți



și către lumea din afară în general, însă receptează și ceea ce vine din exterior”. (Iluț, 2009, p.315).

Preluat din limbajul curent, în disciplinele socioumane și în psihologie socială în special, termenul *identitate* s-a operaționalizat prin identificarea persoanelor cu grupuri sau categorii sociale. Dar, așa cum în limbajul natural este exprimat nuanțat, identitatea cuprinde mai multe dimensiuni decât cea a raportării la colectivități, iar procesul de identificare este unul complex”. (Iluț, 2009, p.316). De exemplu, Pascaru (2003a, pp. 140–142) făcea trimitere la teoria lui Alex Mucchielli cu privire la referenții identitari și nucleeele identitare, pentru individ nucleul identitar fiind dat de *sistemul lui cognitiv*.

Identitatea și identificarea ca realitate psihosocială „este nemijlocit legată de problema sinelui, din două puncte de vedere principale.” (Iluț, 2009, pp. 317–318):

- a) o parte din ceea ce este fiecare dintre noi (sinele) reprezintă identificări cu „obiecte” ale spațiului social larg sau ale celui interpersonal apropiat;
- b) mai mult sau mai puțin deliberat, tindem și la o conservare a unității sinelui în fața presiunilor entropice ale situațiilor și evenimentelor, la ceea ce se numește păstrarea identității de sine.

Prin identificările sociale, sinele este ancorat profund în viața socială. Sinele social ar reprezenta așadar lumea socioculturală interiorizată prin socializare. Se poate face, astfel, diferențierea între *sinele instituționalizat*, care reprezintă centrarea indivizilor pe norme și standardele grupale și scopurile sociale și *sinele spontan*, care urmărește satisfacerea nevoilor personale, ale impulsurilor din interior, fără inhibiții legate de cerințele instituțional-formale ale societății. (Iluț, 2009, p.318).

Dar conceptul mai larg ca sferă și conținut, ce descrie configurația indivizilor, sinteza trăsăturilor înnăscute cu cele dobândite din mediul sociocultural este cel de *personalitate*. Sinele apare ca o componentă, dar una esențială a personalității, și anume concepția individului despre propria personalitate. Nu întâmplător, în discursurile din psihologia socială și sociologie este cu mai mare frecvență angajat termenul sine decât cel de personalitate. Aceasta pentru că, pe de o parte, sinele, mai mult decât personalitatea în ansamblul ei, este direct construit social prin încorporarea aprecierilor, atitudinilor și comportamentelor altora, iar pe de altă parte, pentru că, cel puțin pe termen scurt, actorul social va întreprinde acțiuni în funcție de cum își percepe propria personalitate și cum își estimează posibilitățile. (Iluț, 2009, p.318).

Definit ca „o colecție organizată de credințe și simțăminte despre noi înșine” (Iluț, 2009, p.321), *conceptul de sine* poate fi tratat ca schema mentală centrală a sinelui, esența sau identitatea lui, însemnând modul în care ne categorizăm atât conduitele exterioare, cât și stările interne. Mai mult, conceptul de sine ca schemă influențează profund procesarea, stocarea și utilizarea datelor informaționale ce se referă la persoana noastră.

Noțiuni importante, adiacente conceptului de sine, în opinia aceluiași autor, ar fi următoarele:

- a) Întrucât prin sine noi suntem în centrul lumii, iar lumea socială este în centrul nostru, schemele de sine sunt cele mai proeminente și mai prompte în absorbția și prelucrarea itemilor informaționali externi și, bineînțeles, sunt mult mai sensibile la datele relevante ce au în vedere persoana și identitatea noastră. Așadar funcționează *efectul de referire la sine (self-reference effect)* sau autoreferință, prezent în mod obișnuit și în mod reflex în acord cu mecanismele gândirii automate.

- b) *Focalizarea pe sine (self-focusing)* reprezintă dimensiunea gradațiilor în care indivizii își concentrează atenția asupra lor înșiși. Este în suprapunere cu introspecția, dar focalizarea nu presupune numai analiza stărilor interne, a trăirilor și gândurilor proprii, ci și faptele biografice.
- c) Nu doar personalitatea fiecăruia dintre noi reprezintă o entitate foarte complexă, ci și concepția noastră despre ea. *Complexitatea sinelui* este dată de multitudinea elementelor distincte și a numeroaselor și variatelor relații dintre ele. Indivizii diferă între ei și prin gradul de complexitate a sinelui, unii având o schemă de sine săracă și dominată de un singur element sau de foarte puține, ceea ce îi face vulnerabili în fața circumstanțelor neplăcute ale vieții. (Iluț, 2009, pp.321–322).

Lewis și Brooks-Gunn (apud Hayes și Orrell, 2003, p. 218) au distins trei componente diferite ale *concepției despre sine*: sinele existențial, sinele categorial și sinele intim. *Sinele existențial* „se referă la tot ceea ce ține de sentimentul nostru de a fi diferiți de alți oameni, conține informații despre acele lucruri care ne fac unici și speciali”. Sinele existențial este, de asemenea, „prima componentă care se dezvoltă în concepția despre sine”. *Sinele categorial* „conține informații precum sexul, vârsta, înălțimea etc, informații despre asemănarea cu alți oameni sau cum ne putem încadra în anumite categorii sau tipuri”. *Sinele intim* „se referă la evaluarea și stima de sine apărute atunci când individul începe să înțeleagă care sunt așteptările societății”.

### 1.3.1.2. Imaginea de sine

Raportul dintre sine și imaginea de sine este deosebit de complex, implicând atât condiționări reciproce specifice raportului dintre parte și

întreg, cât și retroacțiuni cu funcții reglatorii la nivelul sistemului personalității și al subsistemelor sale. (Cristea, 2002, p. 118).

*Imaginea de sine* reprezintă, în opinia lui Cristea (2002, p. 118), „forma subiectivă prin care luăm cunoștință și ne reprezentăm propria persoană, cu ansamblul de trăsături, însușiri și relații cu mediul natural și social”. Acest concept se constituie reflexiv, pe fondul unui sentiment de identitate și continuitate a propriei persoane, trăit ca ipostază a prezentului psihologic: „eu sunt, eu fac, eu am”.

Fiind în esență sa un fenomen relațional, format la intersecția dintre psihologic și social, imaginea de sine se elaborează printr-o continuă sinteză între percepția de sine și percepția de altul, procese mediate de modele și repere axiologice interiorizate în ontogeneză prin socializare. (Cristea, 2002, p.119). În procesul mai larg de relaționare socială a persoanei, imaginea de sine îndeplinește următoarele funcții principale, sintetizate de către Cristea (2002, p. 119), astfel:

- a) mediază percepția și cunoașterea interpersonală, datorită calității de referențial în procesul evaluării de sine și al evaluării celor din jur;
- b) asigură autoreglarea atitudinală și comportamentală în raport cu valorile, scopurile, idealurile conștient asumate;
- c) mediază raporturile interpersonale, prin jocul complex dintre *eul subiectiv* (concepția despre sine a individului), *eul autentic* (structura psihosocială reală a persoanei), *eul reflectat* (imaginea despre o persoană reflectată de către cei din jur) și *eul ideal* (modelul spre care aspirăm);
- d) condiționează nemijlocit stabilirea nivelului de aspirație în diferite domenii de activitate, precum și alegerea mijloacelor optime de atingere a acestuia și a scopurilor propuse.

Sintagma *stimă de sine (self-esteem)* „se referă la evaluarea în termeni axiologici a caracteristicilor personale, a caracteristicilor pe care crezi că le deții, adică a cât de mult te prețuiești pe tine însuși”. (Iluț, 2009, p. 323)

Nivelul stimei de sine afectează puternic performanțele în toate activitățile, mecanismul circularității cauzale funcționând aici deosebit de pregnant: cei cu o înaltă apreciere de sine au o mai mare încredere, se mobilizează mai mult și reușesc mai bine, ceea ce consolidează părerea bună despre sine. Dimpotrivă, un nivel slab al stimei de sine sporește riscul insucceselor, determinând astfel o viziune și mai sumbră asupra propriei persoane. Mai mult, s-a constatat că, în timp ce indivizii cu un nivel ridicat al stimei de sine își interpretează succesele în moduri diferite, apelând la o gamă largă de atribuiri, și se comportă mai variat, cei cu un nivel slab au comportamente și autoatribuiri mai restrânse și, deci, mult mai previzibile. (Iluț, 2009, p. 324)

Dacă, în esență, percepția și conceptul de sine, precum și conștiința de sine vizează aspectul cognitiv, stima de sine este definită ca atitudine față de propriul eu, cuprinzând la cotele cele mai înalte și componenta emoțională. De aici o întreagă discuție despre consecințele emoțional-afective ale stimei de sine asupra persoanei, asupra sănătății sale psihice, în general. Experiența comună, ca și studiile sistematice, confirmă ca fiind plină de adevăr afirmația că stima de sine ridicată este în strânsă corelație cu starea de bine subiectivă. (Iluț, 2009, pp. 325–326).

O stimă de sine și o încredere în sine robuste facilitează mai bine și mai rapid învingerea obstacolelor și a stresului (mecanisme de coping). Persoanele cu un nivel slab al stimei de sine sunt sensibile atât la feedbackurile de apreciere negativă, cât și la cele pozitive, au o distorsiune egocentrică și egoistă mai scăzută, conceptul de sine

este mai puțin coerent și dezarmează mai ușor în fața eșecurilor, pe când indivizii care se prețuiesc la valori ridicate se situează la polul opus. Cei cu un nivel slab al stimei de sine sunt precauți, adoptă strategii de autoprotecție, în vreme ce un nivel ridicat conduce la o asumare mai accentuată a riscului și la strategii de autopromovare, de afirmare deschisă a eului. (Iluț, 2009, p.326).

### 1.3.2. Motivația și performanța sinelui

Conceptul-cheie care desemnează evaluarea individului cu privire la abilitățile sale, la faptul dacă este în stare sau nu să rezolve anumite sarcini, să-și atingă scopurile propuse, să înfrunte șă să depășească anumite dificultăți, este cel de *eficacitate de sine*, așa cum precizează Iluț (2009, p.360). Încrederea în propria eficiență, spune în continuare autorul, reprezintă, așa cum o arată viața de zi cu zi, precum și numeroase studii experimentale și de teren, un factor important în obținerea de succese, deoarece, dacă e adevărată afirmația „dacă vrei, poți”, în completarea ei vine cealaltă, și anume „dacă tu crezi că vei reuși, așa va fi”. În eficiența de sine se îmbină cogniția cu motivația, în sensul clasic al acesteia. (Iluț P., 2009, p.360).

Încrederea proprie în eficacitatea trăsăturilor de personalitate diferă de la un individ la altul și de la o sarcină la alta. În general, unii oameni au o încredere mai mică în ei pentru orice acțiune, iar la alții eficacitatea de sine variază de la un domeniu la altul.

Viețile noastre reprezintă nu doar desfășurarea unui program genetic primit la naștere, ci conjuncția acestuia cu deciziile altora în legătură cu noi și apoi cu propriile alegeri între diverse alternative ale modurilor de viață. Împletirea factorilor natural-ereditari și socializanți-educativi este însă atât de fină și de complexă, încât cu greu ne putem pronunța asupra ponderii unora sau altora în edifi-

care personalității și a sinelui, inclusiv în aspectele sale de stimă de sine și autoeficiență. (Iluț P., 2009, p.360). De exemplu, e greu de explicat de ce dintre doi indivizi care doresc amândoi cu ardoare să renunțe la fumat și sunt convinși că o pot face unul reușește, iar celălalt nu. Se pare că ceea ce în limbaj popular se numește „voință” este determinată genetic. Sigur însă că opțiunile de viață, încrederea în posibilitățile proprii și în eficiența de sine sunt ferm limitate social, la nivel micro (mediul familial, profesional etc.) și la nivel macro.

Numeroase studii au atestat ideea că între eficacitatea de sine și performanță există o corelație pozitivă, atât în activitățile fizice, cât și în cele intelectuale. De pildă, sportivii cu o mare încredere în posibilitățile lor atletice s-au dovedit mai perseverenți și mai capabili de efort la antrenament decât cei cu o eficacitate de sine scăzută. La scară statistică, și performanțele au fost mai ridicate. Se pare că explicația este legată și de faptul că sentimentul de încredere în propria eficiență produce substanțe biochimice endogene care anihilează oboseala și durerea provocate de eforturi fizice prelungite. (Bandura apud Iluț P., 2009, p.361).

Și în sarcinile intelectuale, concepția despre sine ca fiind capabil de performanțe ridicate determină rezultate notabile. De pildă, studenții cu o eficacitate de sine ridicată au conceput întrebări pentru un test de cunoștințe calificate mult mai bune decât cei cu o eficacitate de sine scăzută. (Tuckman și Sexton apud Iluț P., 2009, p.361).

Ca orice sentiment și evaluare, încrederea în propriile posibilități și în reușita atingerii unor obiective, deci eficacitatea de sine, nu este ceva imuabil. Cercetătorii în domeniu au demonstrat că feedbackurile pozitive primite de indivizi în legătură cu abilitățile lor, inclusiv când acestea nu erau adevărate, au sporit sentimentul eficacității.

În strânsă conexiune cu propriile convingeri despre eficiența lor și, în general, cu concepția despre sine se găsește noțiunea de *sine posibil*. (Iluț, 2009, p.361). Autorul crede că termenul ar trebui folosit la plural, adică „sine”-urile posibile, întrucât se referă la faptul că oamenii dezvoltă o imagine și o evaluare nu doar în legătură cu ceea ce sunt și pot în prezent, ci și cu ceea ce vor fi și vor putea realiza în viitor. Astfel, ei își pot elabora variante multiple.

Sinele posibil, spune în continuare autorul clujean, are funcția de a articula scopurile urmărite de indivizi cu mijloacele de realizare a lor. Completată cu încrederea că strategia aleasă este potrivită și cu încrederea în capacitatea de a atinge aceste obiective (o eficiență de sine ridicată), imaginea de sine în privința viitorului mobilizează la acțiuni și conduce la îndeplinirea lor. (Iluț, 2009, p.362). Așadar, sinele posibil este conceput, în general, ca fiind pozitiv. Însă nu rare sunt cazurile când predicțiile referitoare la propria persoană sunt mai sumbre. Acestea pot avea un caracter de masă atunci când sistemul macrosocial este confuz și descurajator și când domnește sărăcia. Numeroasele sondaje de opinie realizate în țara noastră arată că cetățenii sunt îngrijorați din cauza competiției, a lipsei de autoritate a instituțiilor abilitate, le e teamă în legătură cu siguranța fizică și cu sănătatea. Desigur, aceste opinii vizează situația generală din țară, dar e clar că au în vedere și propria persoană; prin urmare, aceste reflecții sunt încorporate în imaginea de sine. De asemenea, pentru mulți oameni, proiecțiile și planurile de viitor sunt marcate negativ de frica față de moarte. Există însă și autori care consideră că indivizii elaborează nu doar „filosofii” care se împacă cu gândul finitudinii vieții, dar că acest gând are efectul de a întări stima de sine, încrederea în forțele proprii, pozitivitatea sinelui viitor. (Iluț, 2009, p.362).



Componente importante ale concepției despre sine, eficacitatea de sine și felul în care te vezi în viitor, precum și dorința de auto-perfecționare constituie puternice forțe motivaționale, angajând pe planul cogniției filtrarea, stocarea, procesarea și actualizarea informațiilor în raport cu aceste evaluări, asumptii și așteptări ce vizează orizontul de timp imediat sau mai îndepărtat, concluzionează Iluț (2009, pp.362–363).

### 1.3.3. Nivelul de aspirație în activitatea persoanei

Fiind elementul constitutiv al oricărei structuri sociale, persoana se obiectivează în planul existenței sociale prin intermediul activității, iar *nivelul de aspirație* constituie unul dintre cei mai relevanți indicatori privind structura motivațională, atitudinea proiectivă și capacitatea de autorealizare a persoanei. (Cristea D., 2002, p.129).

Conceptul a fost introdus de școala dinamică a lui Lewin, fiind legat de așa-numita „tensiune spre scop”. Într-un sens general, *nivelul de aspirație reprezintă nivelul calitativ de realizare a scopului unei activități la care subiectul se declară satisfăcut*. (Cristea, 2002, p.129).

Definițiile propuse de diferiți autori prezintă un mare grad de convergență. Astfel, pentru Hoppe (apud Cristea, 2002, p.129) nivelul de aspirație se referă la scopurile, expectațiile sau revendicările unei persoane privind realizările sale viitoare într-o sarcină dată, iar pentru Frank (apud Cristea, 2002, p.129) este nivelul performanței viitoare într-o sarcină familiară pe care individul încearcă să o atingă explicit, cunoscând nivelul performanțelor anterioare în același tip de sarcină.

Concluzionând, Dumitru Cristea (2002, p.129) ajunge la ideea potrivit căreia constituirea nivelului de aspirație este rezultatul unui raport complex și dinamic dintre imaginea de sine, reperele de per-

formanță oferite de cei din jur în activități similare, nivelul performanțelor anterioare ale subiectului, evaluarea condițiilor generale și particulare în care se desfășoară activitatea, fondul motivațional și forța de autorealizare a eului. Odată format, nivelul de aspirație devine un factor motivațional esențial care vectorizează eforturile persoanei în sensul atingerii unor scopuri, stabilind totodată reperele autovalorizării sociale.

Raportul dintre scopul acțiunii, nivelul de aspirație și performanța reală este analizat de Lewin (apud Cristea, 2002, p.130) prin intermediul unor noțiuni conexe cu o incontestabilă valoare operațională. Astfel, el distinge:

- scopul ideal este dat de performanța optimă, care teoretic poate fi atinsă în condițiile date;
- scopul acțiunii, echivalent valoric cu nivelul de aspirație, este rezultatul evaluării contextuale a posibilităților concrete de a atinge o anumită performanță, în condițiile unei anumite experiențe anterioare privind același tip de sarcină; este rezultatul unui realism autoevaluativ și circumstanțial, care nu exclude păstrarea unui anumit model ideal de performanță;
- diferența internă este definită de decalajul dintre scopul ideal și scopul acțiunii, fiind expresia gradului de realism manifestat de subiect în condiții determinate de acțiune, pe de o parte, și a tensiunii motivaționale de realizare a eului ideal, pe de altă parte;
- nivelul de încredere este expresia încrederii subiective în șansa de a atinge scopul acțiunii;
- diferența de reușită, ultimul element stabilit de Lewin (apud Cristea, 2002, p.130), este dată de decalajul dintre nivelul de aspirație (scopul acțiunii) și nivelul de realizare efectivă a sarcinii, putând avea valori pozitive sau negative.

Numeroase cercetări arată că mediul sociocultural poate avea o influență esențială în desfășurarea procesului de fixare a nivelului de aspirație și de modelare a atitudinii față de succes sau eșec: societățile care promovează modelele competiționale și de reușită personală facilitează un înalt tonus motivațional și de autorealizare, implicit tendința de fixare a unui nivel de aspirație superior; dimpotrivă, societățile „egalitariste”, în care performanța individuală nu este apreciată, limitează comportamentele competiționale și determină scăderea generală a nivelului de aspirație a membrilor săi. (Cristea, 2002, p.130).

Autorul precizează în continuare că dinamica generală a unei societăți, cât și dinamica evoluției personale pot fi evaluate prin intermediul unui set de indicatori, dintre care cei mai importanți sunt cei legați de tipul de model performanțial promovat de societate, atitudinea față de performanța de excepție, toleranța la eșec, nivelul mediu de aspirație și gradul mediu de încredere în reușită. (Cristea, 2002, pp.130–131).

Sintetizând, putem aprecia că performanța obținută în diferite tipuri de activități este condiționată de o serie complexă de factori psihoindividuali și psihosociali care se condiționează reciproc, și anume (Cristea, 2002, p.131):

- gradul de dezvoltare a aptitudinilor implicate în respectiva activitate;
- experiența acumulată în activități de același tip sau similare;
- tonusul motivațional general și specific;
- capacitatea de mobilizare și menținere a efortului psihofizic necesar desfășurării activității;
- poziția ocupată în cadrul structurilor sociale în perimetrul căroră se desfășoară activitatea;
- importanța activității în plan individual și social;

- climatul psihosocial existent în cadrul grupului de apartenență;
- natura modelelor de performanță promovate de mediul socio-cultural și de organizațiile sau instituțiile de apartenență sau de referință;
- tipul și nivelul de recompensă sau sancțiuni acordate pentru reușită sau eșec în cazul respectivului gen de activitate;
- nivelul de aspirație formulat de subiect și gradul de încredere în propria reușită;
- performanța obținută în activitățile anterioare;
- unele caracteristici ale situației concrete în care se desfășoară acțiunea.

Fixarea unui nivel de aspirație realist reprezintă o problemă importantă legată de comportamentul performanțial. (Cristea, 2002, p.132). În acest context, se poate dezvolta tendința unei persoane de a se subaprecia sau supraaprecia, tendință care în anumite condiții favorizante poate deveni o caracteristică a personalității, cu efecte importante asupra capacității de adaptare la mediul social.

Supraaprecierea, consideră Cristea (2002, p.132) poate fi atât rezultatul unei greșite aprecieri a dificultății sarcinii și a condițiilor în care se desfășoară activitatea, cât și al unei eronate imagini despre sine. În aceste condiții, implicarea în activitate conduce la un eșec datorat imposibilității de a rezolva sarcina a cărei dificultate depășește capacitatea rezolutivă a persoanei. Dacă situația se repetă de mai multe ori, subiectul se va afla într-o situație conflictuală care poate fi rezolvată fie prin reevaluarea condițiilor și dificultății sarcinii, fapt ce presupune reformularea nivelului de aspirație, fir prin operarea unor modificări asupra imaginii de sine.

Subaprecierea, consideră același autor, este cel mai adesea rezultatul unei subevaluări a propriilor capacități fizice și intelectuale, derivată dintr-o incorectă cunoaștere de sine, sau datorită unor cir-

cumstanțe nefavorabile care au făcut ca unele capacități reale ale persoanei să nu se poată obiectiva în performanță socială. Pe acest fond, subiectul poate dezvolta un sentiment de neîncredere în sine, prudență excesivă, diminuare a nivelului de aspirație s.a. (Cristea, 2002, p.132).

În concluzie, cele mai bune premise pentru reușita socială le oferă o bună cunoaștere de sine, pe linia posibilităților rezolutive și aptitudinilor personale, a capacității de efort și focalizare pe sarcină, pe fondul unei atitudini realiste, critice și flexibile față de sine, față de cei din jur și față de caracteristicile mediului social în care persoana evoluează.

## 1.4. Cunoașterea de sine și cunoașterea celorlalți

### 1.4.1. Cunoașterea de sine

În manualele moderne de psihologie socială există două secțiuni foarte strâns legate între ele în privința conținutului: unul referitor la *cogniția socială*, care vizează structurile și mecanismele generale ale cunoașterii la nivel cotidian, și altul dedicat cunoașterii celuilalt, numit *percepție socială*. Acesta din urmă ar putea fi considerat un caz particular al primului, fiindcă în psihologie a devenit un postulat faptul că orice percepție este încadrată într-un spațiu cognitiv mai larg, este automat însoțită și de analize și interpretări.

Iluț (2009, p. 387) afirmă că mecanismele principale ale *cunoașterii de sine* sunt:

1. *Socializarea*, experiențele de viață din copilărie, felul în care am fost tratați de ceilalți oameni importanți pentru noi (părinți, învățători, profesori, prieteni) sunt cruciale în fomarea identității de sine și în răspunsul la întrebarea „Cine suntem?”.

2. *Aprecierile celorlalți*, reprezintă o sursă cu totul semnificativă în a ne cunoaște pe noi înșine. Începând din copilărie, când păreră p r n ilor este dominantă, trec nd prin faza adolescen ei, unde grupul de similaritate are valen ă proeminentă și apoi, ce spun membrii familiei și ai grupului de muncă și alți apropiați, aprecierile celorlalți despre tine se încorporează în imaginea de sine.
3. Sursa permanentă în a vedea cine suntem o reprezintă *comparația socială*, prin care ne evaluăm capacitățile și performanțele compar ndu-le cu ceea ce au realizat alții, cu modurile lor de comportament.

Facem inferențe despre cine suntem și despre ceea ce suntem capabili și prin observarea propriilor comportamente și a efectelor acestora, teorie numită *autopercepție*.

*Autopercepția* interferează substanțial cu *autoanaliza* (introspecția), fiindcă sondarea propriei profunzimi interioare face apel la indicii minime din exterior. Autoanaliza – concentrarea lucidă asupra a ceea ce ai realizat, g ndit și simțit, asupra relației dintre g nd, emoție și fapt, asupra felului în care te privesc ceilalți și cum  i vezi tu pe ei, asupra personalității tale ca întreg – este foarte importantă în clarificarea sinelui. (Iluț, 2009, p. 388).  n literatura psihosociologică de profil, focalizarea asupra a ceea ce ești poartă denumirea de *conștiință de sine* și se definește ca fiind analiza sinelui ca obiect, și nu ca subiect activ, ceea ce presupune o detașare de propria persoană. (Iluț, 2009, p. 389).

#### **1.4.2. Cunoașterea celorlalți (percepția socială)**

 n viața de toate zilele, în relațiile interpersonale, fiecare din noi aspiră la cunoașterea de altul și de sine. Se numește *percepție socială*, în opinia lui Radu (1994, p. 19), „acest segment al procesului

cognitiv, adică modul în care individul ajunge să-și formeze o imagine despre sine și în același timp, felul cum se conturează aprecierile despre alții”. Este vorba, în fond, „de două laturi ale aceleiași probleme: individul abordează pe altul pornind de la sine, după cum reprezentarea despre altul face parte din procesul percepției de sine”.

Un mare număr de cercetări în psihologia socială au avut în vedere presupunerile prin care oamenii se evaluează între ei. Acestea sunt numite adesea *teorii implicite ale personalității*. Sunt teorii ale personalității, deoarece formează o viziune completă asupra ființelor umane și sunt implicite, deoarece rar suntem conștienți de ele, deși ne influențează comportamentul. (Radu I., 1994, p. 20)

### ***Motivația și afectivitatea cu rol determinant în formarea părerilor despre ceilalți***

Motivația și afectivitatea constituie nu doar imbolduri în a-i cunoaște pe semenii noștri, dar ele pot modifica și conținutul impresiilor formate.

Suntem împlinși din interior să aflăm informații despre alții pur și simplu din curiozitate, dintr-un motiv dezinteresat la prima vedere, acționând astfel funcția generală de adaptare. Pe acest fundal bio-psihologic, motivația și afectele acționează hotărâtor în construirea părerilor proprii despre ceilalți. În acest sens, acuratețea și gradul de completitudine a informațiilor căutate despre ceilalți depind fundamental de interesul și scopul concert stabilit.

### ***Formarea impresiilor despre oameni***

Asch (apud Hayes, Orrell, 2003, p. 299) a descoperit că unele descrieri de persoane par să ne influențeze impresiile asupra lor mai mult decât altele. El a dat unui grup de subiecți două liste de

cuvinte, fiecare listă descriind câte o persoană. Persoana A era descrisă ca fiind inteligentă, cordială, pricepută, harnică, hotărâtă, practică și prudentă. Persoana B era descrisă ca fiind hotărâtă rece, prudentă, pricepută, practică, harnică și inteligentă. Subiecților li s-a cerut apoi să evalueze persoana A și persoana B din perspectiva unor trăsături de personalitate, cum ar fi generozitatea, bunătatea și simțul umorului.

Se observă că cele două liste conțin exact aceleași cuvinte, mai puțin unul („cordială” în prima listă și „rece” în a doua listă). Așadar, ne-am putea aștepta ca cele două liste să conducă la aproximativ aceleași rezultate, dar Asch a descoperit că efectul asupra impresiilor subiecților a fost cu totul altul. Persoana A a fost descrisă ca fiind generoasă de către 90% dintre subiecți și cu simțul umorului de 75%. Pe de altă parte, persoana B a fost considerată generoasă și cu simțul umorului de numai 10% dintre subiecți.

### ***Stereotipia***

Am menționat că teoriile implicite ale personalității au în vedere opiniile noastre predeterminate și inconștiente despre caracterele oamenilor. Aceste opinii pot fi extinse, acoperind grupuri întregi de oameni, caz în care se numesc *stereotipuri*. (Hayes, Orrell, 2003, p.301). Un stereotip apare atunci când percepem toate persoanele care aparțin unui anumit grup ca având aceleași caracteristici. Stereotipurile apar, probabil, din necesitatea de a înțelege cantitatea imensă de informații despre oameni, cu care ne confruntăm. Și pentru că nu reușim să cunoaștem toți membri unui grup social, tindem să îi „strângem pe toți la un loc”. Cele mai frecvente judecăți superficiale sau stereotipuri, în societatea noastră, se manifestă cu privire la grupurile de sex, de vârstă, grupuri rasiale, etnice, religioase și de orientare sexuală. (Hayes, Orrell, 2003, pp.301–302).



## ***Prejudecata***

„O *prejudecată* este o atitudine dezvoltată pe baza unei idei preconcepute, față de o persoană sau față de o situație”. (Hayes, Orrell, 2003, p.314). Putem avea prejudecăți pozitive sau negative. Totuși, în general, când ne referim la prejudecată sugerăm un set de atitudini negative față de o persoană sau de un grup de persoane, pe care le judecăm mai sever decât pe alte persoane cu aceeași conduită. O explicație a modului în care se dezvoltă prejudecățile atribuie rolul important atât în apariția, cât și în menținerea prejudecății, presiunii grupului. O altă explicație psihologică presupune că la baza prejudecăților se află sentimentul de frustrare. În societățile complexe, apar multe situații care conduc la frustrare și teoria afirmă că această frustrare se transformă ușor în furie. Ajungem în a ne revărsa această furie asupra persoanelor mai slabe decât noi, în loc să atribuim cauza frustrării fie propriei noastre persoane, fie situației.

## ***Atribuirea***

*Teoria atribuirii* „are în vedere regulile pe care le urmărim în încercarea de a explica comportamentul uman și evenimentele cotidiene”. (Hayes, Orrell, 2003, p.303). Ideea de bază în teoria atribuirii „este că încercăm continuu să descoperim ce a determinat o persoană să se comporte într-un anumit fel și care este legătura dintre această determinare și evenimentele ulterioare”. (Hayes, Orrell, 2003, pp.303–304). Din nefericire, se pare că nu judecăm întotdeauna corect și logic, chiar și atunci când avem acces la informații. În primul rând, când judecăm comportamentul altor persoane, este mult mai probabil să-l vedem ca fiind rezultatul propriului caracter decât al situației în care se află. Cu alte cuvinte, tindem să îi vedem pe ceilalți ca fiind responsabili de propriul comportament. Acest tip

de prejudecată este cunoscută sub denumirea de *eroarea fundamentală de atribuire*. Totuși, când este vorba despre comportamentul nostru, este mult mai probabil să observăm influența situației de moment. (Hayes, Orrell, 2003, p.306).

## 1.5. Atribuirea

### 1.5.1. Definirea atribuirii

Modul în care interacționăm cu cineva depinde foarte mult de imaginea pe care ne-o formăm despre acea persoană, despre cum o percepem, despre cum îi interpretăm comportamentul (și pornind de la comportament inferăm ceva despre motivele ce îi stau la bază și trăsăturile de personalitate ale persoanei în cauză).

În majoritatea situațiilor de viață ne este greu să ne dăm seama clar de ce o persoană face ceea ce face. Și totuși, examinăm mereu comportamentele celorlalți, încercând să identificăm cauzele care se ascund în spatele acestor comportamente, intențiile, stările emoționale. Această acțiune este ceea ce psihologii sociali numesc *atribuire*, un proces cognitiv prin care dăm sens realității sociale, o facem coerentă, inteligibilă. (Cochinescu L., 2008, p.82).

*Atribuirea reprezintă procesul inferării unor concluzii despre noi și despre ceilalți pe baza comportamentului.* Atribuirea privește cauzele unui comportament, cauzalitatea identificându-se din punct de vedere psihologic cu responsabilitatea. Atribuirea înseamnă „a emite o judecată, a infera ceva, o intenție, un sentiment, o calitate asupra propriei stări sau asupra stării altuia, pornind de la un atribut, de la un gest, și ea are loc îndeosebi în momentele de incertitudine, ca expresie a necesității de a căuta anumiți invarianți, de a introduce coerență și stabilitate în ambianță”. (Golu P., 2003, p.95).

S-au efectuat numeroase studii (Cochinescu L., 2008, pp.82–83) privind atribuirea cauzalității și s-au conturat o serie de teorii în acest sens. Teoriile atribuirii evidențiază principiile sau regulile de raționament folosite de omul obișnuit pentru a explica evenimentele la care participă, fie activ, ca „actor”, fie pasiv, ca „observator” simplu.

### **1.5.2. Actori și observatori**

Oamenii au tendința de a evalua diferit experiențele lor personale (ca actori) comparativ cu experiențele la care asistă sau asupra cărora sunt informați (ca observatori). Această tendință este o ilustrare clară a principiului alternativismului constructiv promovat de Harold Kelly (1967 apud Cochinescu, 2008, p.84), conform căruia una și aceeași realitate poate fi înțeleasă diferit, în funcție de orientările cognitive și intențiile oamenilor, de rolul lor social etc.

Oamenii evaluează la modul subiectiv realitatea. Procesul atribuirii nu se produce în gol, ci se bazează pe cunoștințele generale ale oamenilor cu privire la natura situațiilor sociale (Read, 1987 apud Cochinescu, 2008, p.84). Valorile implicite promovate de schemele cognitive indică oamenilor ce raționamente să facă dincolo de informațiile prezente (Carver, Scheier, 1990 apud Cochinescu, 2008, p.84).

Atribuirea cauzelor permite oamenilor atât reproducerea, cât și construirea și stăpânirea realității (Nisbett, Ross, 1980 apud Cochinescu, 2008, p.84). Le permite să decidă dacă un anumit eveniment a fost sau nu întâmplător, le permite să aprecieze care va fi probabilitatea ca acel comportament să se repete în viitor, să formuleze predicții.

Acest fapt este important pentru că oamenii vor să aibă sentimentul că dețin controlul. Oamenii și-au dezvoltat o serie de credințe sau teorii implicite de personalitate care le permit să înțeleagă evenimentele cotidiene. Numai în situații neprevăzute, neobișnuite, ei

fac apel la scheme de raționament complexe și totul din cauza dorinței de economie mentală.

Aproximările pe care le fac oamenii în stabilirea cauzelor evenimentelor pot duce la greșeli – bias-uri – de interpretare, cum este de pildă eroarea fundamentală de atribuire.

Pentru a mări acuratețea atribuirilor ar trebui ca atribuirea să fie însoțită de empatie (o proiectare cu perspectivă cognitivă, emoțională). (Sasu, Niță, 1997, p.121).

## **CAPITOLUL 4**

### **CONSILIEREA PE PROBLEME DE COMPORTAMENT SANOGEN**

Promovarea sănătății are ca scop schimbarea atitudinii față de factorii de risc pentru boală, atât la populația afectată, cât și la populația sănătoasă.

#### **4.1. Reducerea factorilor de risc prin psihoeducație**

*Educația medicală* conduce la formarea de atitudini care, la rândul lor, duc la o abordare preventivă a îngrijirii medicale.

Formarea medicală tradițională pune accent pe modelul bio-medical, orientat pe diagnostic și tratament, mai curând decât pe cel sistemic, ce presupune prevenție și promovarea sănătății. Mai mult, pregătirea medicală tradițională promovează stilul paternalist și directiv, care duce la schimbare mai puțin decât stilul colaborativ și centrat pe pacient, care consideră implicarea pacientului ca fiind cheia în procesul schimbării.

Se mai practică și recurgerea la frică, mizându-se pe impactul emoțional al unui mesaj negativ. Această atitudine a fost preluată în ultimii ani și în mas-media, mizându-se pe faptul că prin campanii publicitare ce generează un nivel mai ridicat de teamă și anxietate, se sporește gradul de eficiență în rândul populației.

În opinia lui Coman (2010, p.315), scopurile psihoeducației ar fi centrate pe:

- promovarea și menținerea sănătății prin construirea unor programe de educare a sănătății în școli, dar și a unor campanii mediatice de susținere a comportamentului și stilului de viață sănătoase;
- prevenția și tratamentul bolii, prin aplicarea principiilor psihologice;
- identificarea cauzelor și detecția bolilor;
- îmbunătățirea sistemului de sănătate, prin ameliorarea sensibilizării și responsabilizării populației, a beneficiarilor stării de sănătate.

Grueningen, Goldstein și Duffy (1991 apud Coman, 2010, p.315) au identificat cinci niveluri ale procesului de educare a pacientului:

- cognitiv (cunoștințe, concepții și conștientizarea factorilor de risc);
- atitudinal (convingeri, intenții și disponibilitatea pentru schimbare);
- instrumental (aptitudini);
- comportamental (comportamente și strategii de coping);
- social (rețeaua de suport social).

La fiecare nivel există oportunitatea de evaluare și intervenție.

Evaluarea implică colctarea datelor pentru identificarea obstacolelor și resurselor legate de educarea pacientului și modificarea comportamentelor.

Intervenția implică furnizarea informațiilor, aptitudinilor și suportului necesare pentru a ajuta pacientul să depășească obstacolele și să utilizeze resursele pe care le are la dispoziție.

Acest model conține o abordare centrată pe pacient, a educării și consilierii pacientului, care pune accent deosebit pe adaptarea planului terapeutic la nevoile specifice ale pacientului.

## **4.2. Reducerea factorilor de risc prin terapie individuală. Cuplul terapeutic**

Este recunoscută valoarea psihoterapiei individuale în tulburările psihice, dar și în cazul bolilor somatice. Prin tehnici specifice de psihoterapie pot fi abordate fie restructurări ale unor trăsături de personalitate (vulnerabilitatea la anxietate, depresie, ostilitate, impulsivitate), fie mecanisme de apărare defectuoase, fie strategii actuale de coping. Indiferent de tehnica folosită, rolul central în procesul psihoterapeutic este ocupat de relațiile transferențiale puternice ce se stabilesc între pacient și terapeut.

### ***Cuplul terapeutic***

În timpul procesului psihoterapeutic, între psihoterapeut și client se stabilesc relații emoționale speciale, numite relații transferențiale. Astfel, între cei doi are loc un bogat transfer de material psihologic, reprezentat prin procesele de transfer și contratransfer.

*Procesul de transfer* reprezintă proiecția afectivă a subiectului față de psihoterapeutul său. În sensul strict psihanalitic, transferul corespunde unei repurtări a sentimentelor pacientului de la persoane care au semnatificat ceva în viața lui reală asupra persoanei terapeutului. (Coman, 2010, p.317). Un transfer „pozitiv” exprimat printr-o atitudine de încredere, admirație, devotament din partea subiectului față de terapeut este foarte util în procesul psihoterapeutic, cu condiția ca pacientul să nu devină dependent de terapeut.

*Procesul de contratransfer* constituie ansamblul sentimentelor și atitudinilor conștiente și inconștiente induse terapeutului ca răspuns la transferul pacientului. Psihoterapeutul trebuie să se mențină în limitele unui comportament natural și a unei atitudini binevoitoare, ce constituie regula de aur a psihanalizei.

### **4.3. Reducerea factorilor de risc prin terapii comportamentale și cognitive**

Terapiile comportamentale (*behavior therapy*) și cognitiv-comportamentale (*cognitiv behavior therapy*) au ca fundament teoriile învățării. Ele se aplică cu succes atât în tulburările psihice (anxietate, depresie, fobie), cât și în bolile psihosomatice.

Potrivit lui Coman (2010, p.318), psihoterapia cognitiv-comportamentală urmărește trei obiective:

- identificarea și apoi modificarea credințelor iraționale;
- întărirea strategiilor de adaptare în același timp cu reducerea strategiilor nocive de trăire a bolii;
- reducerea cognițiilor eronate despre boală și a comportamentelor nocive consecutive acestora, prin utilizarea unei diversități de tehnici (restructurare cognitivă, biofeedback etc).

Aceste tehnici de tip cognitiv-comportamental înregistrează rezultate satisfăcătoare și prin ameliorarea calității vieții.



## **CAPITOLUL 5**

### **STRATEGII TERAPEUTICE ȘI CONTEXT SOCIAL**

#### **5.1. Complanța și constrângerea terapeutică**

Adevărata natură a medicamentului se dezvăluie cu greu percepției omului aflat în momentele de suferință cauzate de boală. Alunecând între concepții diametral opuse, care îi acordă fie calități de remediu, fie suspiciunea de a fi otravă, concepția actuală despre eficacitatea folosirii medicamentelor în terapii de lungă sau scurtă durată este ambiguă.

##### **5.1.1. Complanța sau concordanța terapeutică**

Termenul *complanță* provine din limba engleză și semnifică acord, încuviințare, bunăvoință. Complanța presupune o schimbare voluntară de comportament, precedată de cererea direcționată din partea cuiva. De fapt, acest concept provine din psihologia socială și are o strânsă legătură cu termenul de *conformitate*. Conformitatea rezultă din așteptările reale sau imaginare, comunicate sau necomunicate, ale unui individ aparținător unui grup. În contrast, complianța apare când oamenii își direcționează comportamentul, în urma unei cereri adresate lor în mod direct. Atât conformitatea, cât și complianța sunt create de normele sociale, generate de grup.

S-a observat că planurile terapeutice ce investesc mai mult control în pacient – controlul intern – decât în serviciile de sănătate –

controlul extern – sunt mai eficiente în ceea ce privește complianța pe termen lung. (Coman, 2010, p.260). Elementul-cheie în obținerea acestei eficacități ar fi maniera de comunicare cu pacientul.

### **5.1.2. Persuasiunea, manipularea și recompensa**

Cel mai redus nivel de presiune terapeutică este reprezentat de *persuasiune*. În arta persuasiunii, definită ca o încercare de a influența atitudinile altor persoane, se pot distinge anumiți factori utilizați în realizarea scopului propus. Astfel, un rol important îl ocupă sursa. Cu cât sursa este mai credibilă, mai similară cu persoana influențată, cu atât șansa de reușită a persuasiunii este mai ridicată, prin atractivitatea deținută. S-a demonstrat că persuasiunea prin frică nu are un impact prea mare decât în cazul în care se aplică un procedeu extrem de sever. Spre exemplu, în cazul în care se încearcă o metodă de convingere asupra unui fumător să se lase de fumat, prezentându-i-se pericolele, este puțin probabil ca acesta să se lase convins de argumente; în schimb, dacă îi sunt prezentate imagini dramatice, mesajul ar avea șanse să fie receptat într-un mod satisfăcător.

Următorul nivel, *manipularea*, urmărește să provoace anumite tipuri de comportament și stări sufletești, astfel încât acestea să pară că au apărut spontan. În medicină, manipularea implică o relație interpersonală medic-pacient, ce are un anumit grad de dependență emoțională, ceea ce conferă specialistului puterea de a impulsiona pacientul să-și dea acordul pentru o anumită medicație. Pentru a influența, nu este suficient doar un mesaj bine elaborat, ci și contextul în care acesta este prezentat. (Coman, 2010, p.268). Mesajul este perceput ca fiind favorabil mai ales în cazurile în care sunt prezentate ambele fețe ale problemei – atât cele pozitive,

cât și cele negative. Un alt factor important îl constituie gradul de inteligență al audienței, pentru receptarea totală a mesajului.

Un nivel mai mare de presiune este exercitat prin recompensă, în cadrul căreia acceptarea tratamentului este în conexiune cu o gratificație sentimentală sau cu un suport material.

*Amenințările și coerciția.* Cele mai ridicate grade de presiune terapeutică sunt, în mod explicit, coercitive.

A decide ce nivel de presiune terapeutică este adecvat, în funcție de riscuri, nu este un proces simplu; de aceea, este utilă implementarea unui cadru etic în procesul decizional al strategiei terapeutice. (Coman, 2010, p.268). Aceasta necesită evaluarea capacității persoanei de a lua decizii terapeutice care să îi servească cel mai bine interesele. Discernământul este definit, în acest sens, ca fiind abilitatea de a înțelege informațiile despre tratamentul propus și de a cântări consecințele diverselor alegeri posibile în ceea ce privește tratamentul.

## **5.2. Audezvăluirea în psihoterapie**

### **5.2.1. Autodezvăluirea și intimitatea**

Autodezvăluirea reprezintă comunicarea verbală a informației personale către un alt individ, fiind un fenomen interpersonal și un indicator al sănătății mentale, temelia unei personalități sănătoase (Jourard, 1958 apud Dafinoiu, Boncu, 2014, p.477).

Considerând autodezvăluirea un proces reciproc și comun, o persoană se va dezvălui unui alt individ care s-a dezvăluit la rândul său în fața sa, la un nivel similar de intimitate. Intimă și privată în același timp, autodezvăluirea este însă un proces dificil, ce se deplasează continuu între sine și celălalt. Devine, astfel, singurul mod în

care ne putem cunoaște și pe noi înșine, pentru că dezvăluindu-ne altora, ne dezvăluim și în fața noastră. Sinele nostru este constituit din interacțiunile cu ceilalți, iar noi ajungem la o autocunoaștere mai profundă prin înțelegerea noastră în relație cu celălalt. (Farber, 2006, p.52).

Intimitatea, dimensiune esențială a autodezvăluirii, este văzută de Sullivan (1953 apud Dafinoiu, Boncu, 2014, p.481) ca fiind apropierea dintre două persoane, apropiere care se dezvoltă datorită dezvăluirilor reciproce. Dezvăluirile reflectă decizii cu privire la granițele dintre sinele intim și lumea exterioară, acestea gravitând în jurul unei întrebări de bază: ce elemente ale vieții noastre private pot fi exprimate în lumea exterioară?

Literatura de specialitate (Joseph Luft și Harry Ingham, 1969 apud Dafinoiu, Boncu, 2014, p.481) sugerează că deschiderea într-o relație interpersonală poate fi conceptualizată ca fiind compusă din patru cadrane, ceea ce este cunoscută sub numele „fereastra Johari” (după cei doi autori ai săi):

1. Ceea ce este cunoscut atât de propria persoană, cât și de ceilalți. Când două persoane abia s-au cunoscut, fereastra este cu siguranță mică, însă ea se mărește odată cu trecerea timpului și a împărtășirii informațiilor. În relații intime, inclusiv în terapia de lungă durată, fereastra este relativ mare și ideal ar fi să fie în continuă extindere.
2. Ceea ce nu este cunoscut altora, dar este cunoscut de subiect. Această fereastră reprezintă aspecte despre sine care nu sunt împărtășite. Dimensiunile ei variază în funcție de tipul de relație, de exemplu, dimensiuni reduse în relații intime. Și totuși, chiar și în cazul celor mai apropiate relații, tindem să păstrăm anumite părți despre noi ascunse.

3. Ceea ce nu este cunoscut de subiect, dar este cunoscut de ceilalți. Ne referim, de exemplu, la un grad ridicat al disconfortului sau al anxietății în unele contexte sociale.
4. Ceea ce nu este știut nici de subiect, nici de ceilalți. Din acest cadran pot face parte, de exemplu, aspecte din mica copilărie, experiențe reprimite de memoria conștientă.

Dacă raportăm autodezvăluirea la relația psihoterapeutică, este evident faptul că, împărțășind unele aspecte intime ale universului lor, pacienții se simt mai apropiați de terapeut. Autodezvăluirea este folosită de terapeuți pentru a crea sentimentul de încredere și înțelegere, pentru a învăța noi comportamente și abilități de adaptare.

### **5.2.2. Beneficii ale autodezvăluirii**

Principalele argumente în favoarea autodezvăluirii sunt legate de reducerea riscului de îmbălnăviri psihice și fizice, deoarece prin intermediul ei se evită crearea unor secrete dificil de refutat. Reprimarea autodezvăluirii prin ținerea unui secret provoacă un control mental și comportamental intens și costisitor, deoarece secretele nespuse devin gânduri intruzive dificil de alungat din conștiință. Prin atitudinea de tăinuire a unui secret se ajunge în cele din urmă la o preocupare obsesivă pentru gândul respectiv. Alt argument în favoarea autodezvăluirii este susținut de teoria autopercepției și anume, autodezvăluirea îl face pe individ să se perceapă a fi extravertit, extraversiunea fiind cea care ajută persoana să se adapteze mediului și situațiilor critice. Catharsisul ar fi un alt argument în favoarea autodezvăluirii, conform căruia oameni au tendința să se autodezvăluie mai mult atunci când simt un disconfort psihic. Când au acest disconfort psihic, oamenii își orientează atenția asupra gândurilor, sentimentelor și mai puțin asupra

evenimentelor exterioare. Această orientare spre mediul interior determină o presiune atât de mare, încât individul simte nevoia de a se autodezvălui. (Dafinoiu, Boncu, 2014, p.483).

În ce privește beneficiile autodezvăluirii în cadrul psihoterapiei, ea este în primul rând terapeutică. În al doilea rând, apelarea la dezvăluire presupune deschiderea relației, confirmarea percepțiilor și a realității clientului.

Autodezvăluirea fiind legată direct de sănătatea mintală, succesul unei terapii depinde de dorința pacientului de a dezvălui informații intime despre propria persoană.

### **5.3. Schimbare de atitudine și psihoterapie**

#### **5.3.1. Schimbarea atitudinală în context psihoterapeutic**

*Atitudinile* sunt definite într-o manieră comună ca fiind sentimente generale și persistente, pozitive sau negative față de o persoană, un obiect, o idee sau chestiune. (Cacioppo, 1991 apud (Dafinoiu, Boncu, 2014, p.488). Atitudinile oamenilor organizează percepțiile lor cu privire la lume și, în cele din urmă le afectează comportamentul, astfel încât abordarea atitudinilor în contextul consilierii și al psihoterapiei este esențială.

*Teoria disonanței cognitive* (Festinger, 1957 apud (Dafinoiu, Boncu, 2014, p.489) este probabil cea mai importantă dintre numeroasele teorii privind consistența cognitivă. Această teorie susține că, atunci când elementele cognitive (gândurile) sunt inconsecvente sau disonante, apare o stare de disconfort care motivează individul să o elimine. Deoarece disonanța cognitivă este o stare neplăcută, se presupune că indivizii vor fi motivați să o reducă sau să o elimine

prin schimbarea atitudinilor sau a comportamentului lor, cu scopul de a restaura echilibrul și consonanța sistemului cognitiv.

*Teoria autopercepției* (Bem, 1967 apud (Dafinoiu, Boncu, 2014, p.489) susține că atitudinile unei persoane se pot forma plecând de la deducții pe baza observării propriului comportament și a contextului în care se manifestă acesta. Postulatul a fost conceput ca alternativă la teoria disonanței, pentru a explica schimbarea atitudinilor.

Fishbein și Ajzen (1981 apud Dafinoiu, Boncu, 2014, p.490) au propus o *teorie a acțiunii raționale*, care specifică într-un mod destul de exact relațiile dintre convingeri, atitudini și comportamente. Potrivit acestei teorii, determinantul imediat al comportamentului unei persoane este intenția ei de a efectua (sau nu) comportamentul respectiv. Atunci când nu cunoaștem intențiile clare ale unei persoane, putem recurge la alți doi factori pentru a le deduce, și anume: atitudinea persoanei față de comportament și norma subiectivă a persoanei.

*Teoria interacțiunii* a fost dezvoltată de Strong (1968 apud Dafinoiu, Boncu, 2014, p.491) și indică în mod clar existența unei legături între conceptele de schimbare de atitudine și abordările terapeutice. Teoria presupune că relația terapeutică, la fel ca majoritatea relațiilor interpersonale, implică interdependență, negocierea identității și încercări de control interpersonal.

Una dintre premisele care stau la baza tehnicii prescripțiilor paradoxale este *teoria reactanței* (Brehm și Brehm, 1981 apud Dafinoiu, Boncu, 2014, p.491), potrivit căreia oamenii suferă un disconfort psihologic atunci când altcineva le spune ce să facă și reacționează pentru a-și restabili libertatea.

În domeniul schimbării atitudinii, o integrare exemplară a psihologiei sociale și clinice o constituie studiul lui Cooper și al colabora-

torilor săi (1982 apud (Dafinoiu, Boncu, 2014, p.491) privind un derivat din teoria disonanței, *ipoteza justificării efortului*. Aplicând acest raționament unei situații terapeutice, autorii citați au susținut că efortul extrem pe care trebuie să-l depună cei care fac psihoterapie va crea, în anumite condiții, presiuni spre succes terapeutic prin declanșarea și reducerea ulterioară a disonanței cognitive. Se poate afirma că terapeutul poate avea de câștigat dacă aplică tehnici inspirate de psihologia socială privind atitudinile și schimbarea lor. Este valabilă și reciprocă. Teoreticianul și cercetătorul în psihologie socială pot găsi surse de inspirație în abordările terapeutului privind achimbarea atitudinilor în cazuri clinice și prin analiza sesiunilor de terapie care pot duce la ipoteze interesante pentru cercetarea socială.

### 5.3.2. Rezistența la schimbare

Cele mai importante decizii în viață sunt caracterizate prin ambivalență. Motivele pentru a alege o cale de acțiune sunt însoțite de motivele pentru a nu alege calea respectivă.

Ca *proces*, rezistența se referă la diversele mecanisme prin care oamenii împiedică mesaje persuasive să le modifice atitudinile.

Ca *motivație*, rezistența se referă la scopul de a se opune schimbării atitudinii sau de a proteja atitudinea existentă.

Ca *trăsătură*, rezistența a fost utilizată pentru a descrie tipurile de oameni sau atitudini care nu se schimbă. Astfel, anumite tipuri de oameni sunt, în general, mai dificil de convins decât alții. În același mod, anumite tipuri de atitudini – precum cele cu un nivel ridicat de certitudine sau accesibilitate – tind să fie mai rezistente la influențare decât altele.



## **5.4. Elemente de terapie cognitiv-comportamentală**

### **5.4.1. Tehnici cognitiv-comportamentale autoadministrate (self-help)**

Un program de *terapie autoadministrată* presupune, în opinia lui David (2006, p.241), trei faze:

1. automonitorizarea / autoobservația;
2. autoevaluarea – necesară ăentru a determina dacă există o suprapunere între ceea ce facem/gândim/simțim și ceea ce dorim să facem/gândim/simțim;
3. autoadministrarea întăririlor.

Potrivit aceluiași autor (David, 2006, pp.241–242), pașii de bază în această formă de terapie sunt:

- ideea este să-ți organizezi mediul astfel încât comportamentul dezirabil să fie întărit, iar cel indezirabil să nu fie întărit;
- întăririle ți le dai doar dacă faci comportamentul dezirabil;
- precizează clar comportamentul pe care dorești să-l faci într-o situație specifică, bine definită;
- observă atent cât de des faci comportamentul respectiv, ce antecedente și ce consecințe are;
- fă un plan prin care să modifice mediul astfel încât acesta să conțină antecedente care îți amorsează comportamentul dorit și consecințele, în forma întăririlor pozitive, pe care să ți le poți administra dacă faci acest comportament și a pedepselor care urmează dacă nu faci comportamentul;
- implementează, ajustează și termină programul aunci când ți-ai atins obiectivul.

### 5.4.2. Tehnici cognitiv-comportamentale de grup/în grup

Implementarea în grup a tehnicilor psihoterapeutice nu presupun modificări semnificative în modul de utilizare. Modificările sunt legate mai ales de organizarea grupului.

Construirea unui *grup terapeutic* presupune, în principiu, următoarele:

- subiectul trebuie să beneficieze de pe urma grupului, iar grupul, de pe urma subiectului;
- nu se acceptă în grup subiecți agresivi, deoarece afectează dinamica lui;
- numărul membrilor grupului este, de obicei, între 6 și 8, un număr prea mare afectând, de asemenea, dinamica grupului;
- pot fi incluși în grup pacienți cu diverse probleme, respectându-se grupele mari de vârstă (copii, adolescenți, adulți, vârstnici).

Ședințele de grup au loc aproximativ de două ori pe săptămână. O atenție specială se acordă ședințelor inițiale, de consolidare a grupului. Exercițiile de familiarizare a subiecților din grup sunt foarte importante.

*Psihoterapia de grup* acționează prin mecanisme specifice, iar factorii reușitei sunt (David, 2006, p.241):

- accesul la o cantitate mare de informație terapeutică;
- instalarea speranței, văzând că unii membri ai grupului au reușit;
- învățarea prin modelare și imitație;
- suportul social al grupului;
- universalitatea, subiectul înțelegând că problema pe care o are nu îl vizează numai pe el, ci apare și la alte persoane.

Adesea, o combinație între psihoterapia individuală și cea de grup este extrem de eficace; în funcție de evoluția pacientului, acesta poate fi orientat, în diverse momente, de la psihoterapia individuală la cea de grup și invers.

În general, psihoterapia individuală este indicată în cazuri mai severe, iar psihoterapia de grup în cazuri mai ușoare, adesea cu rol educativ și profilactic, însă fără ca acest lucru să fie o prescripție. Ca regulă generală, înainte de psihoterapia de grup, este indicată o secvență de psihoterapie individuală.

### **5.4.3. Promovarea sănătății**

Utilizarea procedurilor cognitiv-comportamentale în promovarea sănătății este susținută de faptul că cei mai importanți factori psihologici de sanogeneză și de patogeneză sunt cognitivi și/sau comportamentali, iar terapia cognitiv comportamentală poate fi aplicată educațional (Baum, 1997 apud David, 2006, p.245). Dezvoltarea medicinei comportamentale (*behavioral medicine*) se fundamentează pe acest lucru.

La nivel cognitiv, stilul funcțional/rațional, respectiv disfuncțional/irațional este un mecanism important pentru sănătate și boală; atunci când se referă la structuri generale, el se exprimă în trăsături de personalitate de vulnerabilitate (de exemplu, pesimism) sau reziliență (de exemplu, optimism) la boală. Modificarea unui stil cognitiv disfuncțional/irațional în unul rațional/adaptativ se face în primul rând utilizând principii cognitiv-comportamentale.

La nivel comportamental, stilul de viață este un factor etiopatogenetic cu implicații pentru boală. De asemenea, modificarea unui stil de viață nesănătos într-unul sănătos se poate face utilizând principii cognitiv-comportamentale.

Aceste patternuri cognitiv-comportamentale pot fi predictive nu doar pentru starea de sănătate și boală, ci chiar pentru durata potențială a vieții.

## 5.5. Noțiuni de psihoterapie morală

Psihologia morală consideră omul ca *persoană morală*, ca ființă valorică ce produce, conservă și își ordonează viața și acțiunile în conformitate cu valorile morale. Persoana este ființa morală care se formează prin interiorizarea valorilor morale, pe care le acceptă în mod conștient, și care, odată interiorizate, devin suportul sufletesc interior al ființei umane. Ele reprezintă valoarea ființei, soliditatea și stabilitatea ei. Prin aceasta, ea devine conștientă de faptul că reprezintă o valoare în sine, ceea ce implică o anumită responsabilitate față de propriile acte și față de semenii săi. (Enăchescu, 2008, pp.33–34).

Psihologia este una dintre componentele principale ale psihologiei morale și poate chiar cea mai importantă dintre ele. Psihologia generală este cea care oferă fundamentele și explicația atitudinilor, a sentimentelor și acțiunilor morale ale unei persoane umane, atât față de ea însăși, cât și față de ceilalți și de lume în general. Prin aceasta ea domină psihologia morală, integrând-o în sfera disciplinelor sale ca știință. În centrul psihologiei morale se află persoana umană, cu pulsunile sale primare, dar și cu aspirațiile sau tendințele sale spirituale, în care sunt concentrate valorile morale. (Enăchescu, 2008, p.36).

În arealul psihologiei morale întâlnim stări subiective care intervin în relațiile interpersonale și care stau sub semnul valorilor morale, ele fiind reprezentate prin sentimente sau experiențe afective

și morale, cu un pronunțat caracter subiectiv, pe care le resimțim în cadrul interacțiunilor interumane ca atitudini psihomorale din care vor reieși acțiunile și conduitele noastre.

Condiția fundamentală, ca dat psihologic și moral, a persoanei umane este starea de *echilibru sufletesc*. Aceasta este resimțită, pe de o parte, ca o stare de bine interior, ca o mulțumire sau satisfacție, care provoacă plăcere și optimism, confort și siguranță, iar pe de altă parte, ca un acord între dorințele proprii și posibilitățile de care dispune persoana pentru a și le putea realiza. Acest din urmă aspect se remarcă, în exterior, prin acțiunile, conduitele și comunicarea cu lumea socială.

## Bibliografie

- Abric J.C., 2002, *Psihologia comunicării*, Editura Polirom, Iași.
- Argyle M., 1992, *The social psychology of everyday life*, London, Routledge.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., 2005, *Social psychology*, Pearson Prentice Hall, New York.
- Atkinson R.L., Atkinson R.C., 2002, *Introducere în psihologie*, ediția a XI-a, Editura Tehnică, București.
- Baron R., Byrne D., 1997, *Social Psychology*, Allyn and Bacon, Boston.
- Baron R., Byrne D., Johnson B., 1998, *Exploring Social Psychology*, Allyn and Bacon, Boston.
- Baron R., Bryne D., Branscombe N., 2006, *Social Psychology*, Pearson Education, Boston.
- Boncu S., Psihologie socială, <http://psihoteca.com/Stefan-Boncu-Cursuri-de-psihologie-socială-2009>.
- Boza M., Schimbare de atitudine și psihoterapie, în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Bradu Iamandescu I., 2005, *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București.
- Buțiu C.A., 2003, *Comunicare interpersonală. Formarea pentru practici conversaționale*, Editura Aeternitas, Alba Iulia,.
- Chelcea S. (coord), 2006, *Psihosociologie. Teorie și aplicații*, Editura Economică, București.
- Cloninger C.R., 1999, *Personality and Psychopatology*, in American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 3–67.
- Cochinescu L., 2008, *Probleme actuale ale psihologiei sociale*, Editura Paralela 45, Pitești.
- Cornuțiu G., 1998, *Bazele psihologice ale practicii medicale*, Editura Imprimeriei de Vest, Oradea.

- Cosman D., 2010, *Psihologie medicală*, Editura Polirom, Iași.
- Crăciun D., 2005, *Psihologie socială*, Editura ASE, București.
- Cristea D., 2002, *Tratat de Psihologie socială*, Editura Pro Transilvania, Cluj-Napoca.
- Curelaru M., Iertarea în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Cucu I., 1980, *Psihologie medicală*, Editura Litera, București.
- Dafinoiu D., Teoria atașamentului în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- David D., 2006, *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*, Editura Polirom, Iași.
- David D., 2006, *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Editura Polirom, Iași.
- Diac G., Teoria sociometrică a stimei de sine în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Doise W., Deschamp J.C., Mugny G., 1996, *Psihologie socială experimentală*, Editura Polirom, Iași.
- Doise W., Mugny G., 1998, *Psihologie socială și dezvoltare cognitivă*, Editura Polirom, Iași.
- Drăgan I., 2007, *Comunicarea. Paradigme și teorii*, Editura Rao, București.
- Drozda-Senkowska E., 1999, *Psihologie socială experimentală*, Editura Eurocart, Iași.
- Eysenck H., 1998, *Descifrarea comportamentului uman*, Editura Teora, București.
- Eysenck H., Michael W., 2004, *Psychology. An International Perspective*, Psychology Press, New York.
- Enăchescu C., 2008, *Tratat de psihologie morală*, ediția a III-a, Editura Polirom, Iași.
- Farber B.A., 2006, *Self-Disclosure in Psychotherapy*, New York, The Guilford Press.
- Franzoi S.L., 2000, *Social Psychology*, McGraw-Hill, Boston.

- Gavreliuc A., 2006, *Dela relațiile interpersonale la comunicarea socială. Psihologia socială și studiile progresive ale articulării sinelui*, ediția a II-a, Editura Polirom, Iași.
- Gherasim L.R., Teoria neajutorării învățate în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Giddens A., 2000, *Sociologie*, Editura Bic All, București.
- Goleman D., 2001, *Inteligența emoțională*, Editura Curtea Veche, București.
- Golu F., 2010, *Psihologia dezvoltării umane*, Editura Universitară, București.
- Golu P., 2003, *Fundamentele psihologiei sociale*, Editura Miron, București.
- Golu P., 2004, *Psihologia grupurilor sociale și a fenomenelor colective*, Editura Miron, București.
- Golu P., Golu F., 2012, *Dimensiuni aplicative ale psihologiei sociale*, Editura Universitară București.
- Goodman N., 1998, *Introducere în sociologie*, Editura Lider, București.
- Hayes N., Orrell S., 2003, *Introducere în psihologie*, ediția a III-a, Editura Bic All, București.
- Holman A., Emoțiile pozitive în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Holman A., Reglarea emoțională în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Iluț P., 2001, *Sinele și cunoașterea lui. Teme actuale de psihosociologie*, Editura Polirom, Iași.
- Iluț P., 2004, *Valori, atitudini și comportamente sociale. Teme actuale de psihosociologie*, Editura Polirom, Iași.
- Iluț P., 2009, *Psihologie socială și sociopsihologie*, Editura Polirom, Iași.
- Katsching H., Freeman H. și Sartorius N., 2006, *Quality of Life in Mental Disorders*, ed.a II-a, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex.
- Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R.B., 2002, *Social Psychology. Unraveling the mystery*, second edition, Allyn& Bacon.



- Lăzărescu M., 2002, *Psihiatrie, sociologie, antropologie*, Editura Brumar, Timișoara.
- Leonhard K., 1979, *Personalități accentuate în viață și literatură*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
- Malim T., 2003, *Psihologie socială*, ediția a II-a, Editura Tehnică, București.
- Miclea M., 2003, *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*, ed.a II-a, Editura Polirom, Iași.
- Mitrofan I., Ciupercă C., 1997, *Psihologia relațiilor dintre sexe*, Editura Alternative, București.
- Mitrofan L. (coord), 2013, *Studii aplicative în domeniul psihologiei sociale*, Editura Sper, București.
- Moscovici S. (coord), 1998, *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*, Editura Polirom, Iași.
- Mucchielli A., 2005, *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare*, Editura Polirom, Iași.
- Nastas D., Autodeterminarea în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Neamțu G., Dumitru S. (coord), 2005, *Asistență socială. Studii și aplicații*, Editura Polirom, Iași.
- Onici O., Teoria discrepanțelor sinelui în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Popescu-Neveanu P., 1978, *Dicționar de psihologie*, Editura Albatros, București.
- Popper K.R., 1997, *Cunoașterea și problema raportului corp-minte*, Editura Trei, București.
- Prelipceanu D., 2003, *Psihiatrie. Note de curs*, Editura Infomedica, București.
- Radu I. (coord), 1994, *Psihologie socială*, Editura EXE S.R.L., Cluj-Napoca.
- Rândașu S., 1996, *Psihologie medicală*, Litografia UMF, Cluj-Napoca.
- Rogers S.W., 2003, *Social Psychology – Experimental and Critical Approaches*, Open University Press.

- Rujoiu O., Relațiile interpersonale: comunicare, conflict, încredere, în, Chelcea S. (coord), 2008, *Psihosociologie. Teorii, cercetări, aplicații*, ediția a II-a, Editura Polirom, Iași, pp. 163–182.
- Sanford K., 2006, Communication during marital conflict: When couples after their appraisal, they change their behavior in *Journal of Family Psychology*, Nr. 20.
- Sasu C., Niță A. (coord), 1997, *Psihologie, psihosociologie, sociologie*, București, I.R.I.
- Soponaru C., Autodezvăluirea în psihoterapie, în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Tudose F., 2007, *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*, ed.a III-a, Editura Fundației România de Măine, București.
- Turliuc M.N., Măirean C., Suportul social în, Dafinoiu I., Boncu S. (coord), 2014, *Psihologie socială clinică*, Editura Polirom, Iași.
- Voinea M., 1996, *Psihosociologia familiei*, TUB, București.
- Wilson E.O., 2003, *Sociobiologia*, Editura Trei, București.
- Yzerbyt W., Schadron G., 2002, *Cunoașterea și judecarea celuilalt – O introducere în cogniția socială*, Editura Polirom, Iași.



ISBN: 978-606-37-0181-8